

弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター

臨床指導内容書

指導日 年 月 日

診断名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳
症状		
使用目的	<input type="checkbox"/> 血栓塞栓症予防（1単位） <input type="checkbox"/> 静脈瘤・血栓後遺症・リンパ浮腫など治療（2単位） <input type="checkbox"/> 静脈性潰瘍の治療（5単位）	
弾性着衣の使用経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
弾性着衣による合併症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（有の場合には具体的に記載して下さい）	
指導内容		

申請者氏名（自署）_____

職場責任者氏名 _____ 印

（自署または記名+印）